N° 6.

DE

L'INFLAMMATION ARTICULAIRE

DES

PREMIÈRES VERTÈBRES CERVICALES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 janvier 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PROSPER YVAREN, né à Avignon,

Département de Vaucluse.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	.....
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacologie	DEYEUX, *Examinateur.*
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Suppléant.* ROUX.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER, *Président.* ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled, *Suppléant.*
Bayle.	Dubois.
Bérard, *Examinateur.*	Gerdy.
Blandin, *Examinateur.*	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

P. YVAREN.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

DE

L'INFLAMMATION ARTICULAIRE

DES

PREMIÈRES VERTÈBRES CERVICALES.

La maladie qui fait le sujet de cette thèse a été long-temps ignorée; son existence dans nos cadres nosologiques est de faîche date, et dans le petit nombre d'auteurs qui en ont parlé, je trouve des opinions opposées et même des descriptions différentes. Presque toujours méconnue à son début, elle a entraîné le malade au tombeau; presque dans tous les cas, la mort a révélé les ravages du mal et sa gravité; rarement la santé a couronné de succès les efforts du médecin, rarement elle a sanctionné et légitimé les remèdes employés.

Hippocrate avait observé un des accidens de cette maladie, la luxation de l'atlas sur l'axis. Cette observation avait eu le sort de tant d'autres observations du père de la médecine, que le temps effaça de la mémoire des hommes et qu'il y réveille ensuite.

Plus tard *Sandifort*, *Duverney*, *Daubanton*, M. *Boyer* citèrent des cas d'ankylose des vertèbres cervicales; des terminaisons de la maladie c'est la plus heureuse, c'est même la senle heureuse possible, quand la maladie est déjà avancée. Ces auteurs n'avaient eu aucune connais-

sance des symptômes manifestés pendant la vie : *Schupke* et *Rust*, son maître, les ont récemment observés et décrits. M. *Guersent*, dans sa nombreuse clientelle et dans les salles de l'hôpital des Enfans confiés à ses soins, n'a eu que trop souvent occasion d'étudier cette maladie ; il en esquissa les principaux traits dans ses leçons cliniques, où, chaque été, les élèves se pressent en foule. Instruit du choix que j'avais fait de cette maladie pour sujet de ma dernière épreuve, il m'accueillit avec une bienveillance et un intérêt dont je lui exprime ici toute ma reconnaissance et que je n'oublierai jamais.

MM. *Ollivier*, *Meyrieu*, la thèse de M. *Bérard* jeune m'ont fourni plusieurs observations ; c'est d'après ces observations et d'après celles que j'ai moi-même recueillies, que j'essaie de tracer l'histoire de l'inflammation articulaire des premières vertèbres cervicales. Cette histaire, semblable dans beaucoup de points à celles qu'on en a déjà données, en diffère en quelques-uns : ces différences m'ont paru importantes, et, si je ne me suis pas abusé, elles jetteront plus de jour sur le diagnostic de cette maladie.

Nommée par les uns *tumeur blanche*, par les autres *carie vertébrale*, elle a reçu de Rust le nom, un peu barbare, de *spondylarthrocace ;* Schupke et M. Berard jeune l'appellent *luxation spontanée*. Ne considérant la luxation que comme une des terminaisons de la maladie, je préfère le nom d'*inflammation articulaire des premières vertèbres cervicales*.

Il me paraît nécessaire d'étudier d'abord les articulations que la maladie affecte le plus ordinairement, et de rappeler en peu de mots leur disposition et les parties qui les constituent ; elles sont au nombre de trois : 1°. l'articulation de l'occipital avec l'atlas ; 2°. celle des masses latérales de l'atlas avec les apophyses articulaires de l'axis ; 3°. celle de l'apophyse odontoïde avec l'atlas.

L'articulation occipito-attoïdienne résulte du contact des condyles de l'occipital avec les cavités articulaires supérieures de l'atlas ; le cartilage assez épais qui revêt leur superficie est, dans plusieurs points de son contour, interrompu par des inégalités où se trouvent logés des

paquets de tissu cellulaire rougeâtre ; une membrane synoviale les tapisse et se réfléchit sur leur contour, remarquable par sa laxité et par l'abondance du tissu cellulaire graisseux qui l'avoisine, et que l'on a regardé à tort comme des glandes synoviales. Deux ligamens, l'un antérieur, l'autre postérieur, et un grand nombre de petits trousseaux fibreux fortifient cette articulation et en font une arthrodie fort serrée ; la présence du tissu cellulaire qui entoure la membrane synoviale et qui se trouve parsemé sur le contour des cartilages articulaires est ici, il faut le remarquer, une disposition propre à favoriser singulièrement la transmission de l'inflammation de la membrane synoviale au cartilage qu'elle recouvre.

Dans l'articulation des facettes atloïdo-oxoïdiennes, se trouve la même disposition : recouvertes d'une couche beaucoup plus mince de cartilage, revêtues d'une membrane synoviale plus étendue et plus lâche encore, elles sont aussi entourées par de nombreux paquets de tissu cellulaire; deux ligamens maintiennent en rapport ces deux vertèbres.

A la petite articulation attoïdo-odontoïdienne, où l'atlas embrasse dans un cercle moitié osseux, moitié ligamenteux, l'apophyse odontoïde, pivot sur lequel s'exécutent les mouvemens de rotation de la tête, deux facettes, l'antérieure concave, la postérieure convexe, chacune encroûtée d'un mince cartilage, offrent chacune une membrane synoviale qui les lubrifie ainsi que l'anneau qui les enserre et les rend lisses et glissantes ; deux ligamens partent de son sommet et vont en divergeant s'attacher aux condyles de l'occipital ; du tissu cellulaire remplit les points où l'apophyse ne touche pas à l'atlas et à son ligament transverse.

Ire. OBSERVATION (De *Schupke*).

Chez un cordonnier âgé de 25 ans, les premières douleurs se manifestèrent aux environs du larynx, après la déglutition d'un corps dur ; elles s'étendirent bientôt à la partie droite de la nuque et à l'é-

paule ; la tête en même temps s'inclina à droite ; la déglutition et la respiration étaient libres pendant le repos du malade ; un mieux assez marqué pour qu'il reprit ses occupations fut suivi de la récidive des accidens, causée par un refroidissement subit ; alors forte inclinaison de la tête à gauche, sentiment de pesanteur de cette partie, nécessité pour le malade de la soutenir avec ses mains ; mouvemens excessivemens douloureux, puis impossibles, bourdonnemens d'oreilles, voix rauque ; émaciation ; les mouvemens communiqués fesaient entendre une crépitation ; légère tumeur à la partie postérieure du cou, très-sensible au toucher ; convulsions intermittentes ; paralysie du bras droit, puis du gauche. Mort subite.

Lésions cadavériques. On vit à droite une carie et une destruction des surfaces articulaires correspondantes de l'occipital et de la première vertèbre, de cette dernière et de la deuxième. Un pus ichoreux baignait ces surfaces, remplissait la tumeur du cou, et était épanché dans la partie droite du canal vertébral jusqu'à la septième vertèbre cervicale ; l'apophyse odontoïde était profondément corrodée à droite. (Thèse de M. *Berard* jeune.)

II^e^. OBSERVATION. (Service de M. *Guersent.*)

Apelline Cotte, âgée de trois ans et demi, née d'une mère aliénée et dans une famille dont plusieurs membres sont atteints de scrophules, eut elle-même dès sa naissance les ganglions du cou souvent engorgés. A l'âge d'un an, elle éprouva une paralysie qui dura deux mois, et sur laquelle on n'a pu recueillir aucun renseignement. Au mois de novembre 1828 son cou augmenta de volume, et les mouvemens de la tête devinrent difficiles et douloureux ; par fois ses membres inférieurs était frappés d'une telle débilité qu'ils se refusaient à la soutenir. En février 1830, survint une paralysie du bras gauche et une faiblesse très-grande de la jambe gauche ; de la toux et de la diarrhée se joignirent à ces accidens ; le gonflement du cou aug-

menta. A son entrée à l'hôpital, au mois de juin 1830 : tuméfaction du cou très-considérable, surtout à droite, où l'on sent une fluctuation obscure; la tête est inclinée à gauche, et de ce côté on ne reconnaît pas de fluctuation. Les vertèbres ne paraissent pas avoir changé de position et de rapport. La diarrhée est moins abondante, mais l'état de dépérissement de la malade est extrême; toux, râle muqueux vers le sommet des poumons. Elle contracta une ophthalmie purulente, qui régnait épidémiquement dans la salle où elle fut placée; ses paupières s'infiltrèrent de pus. Trop épuisée pour qu'on essayât un traitement dont l'énergie eût hâté sa mort, elle ne tarda pas à tomber dans un affaiblissement rapide, et après quelques jours d'une fièvre continue avec sueurs et diarrhée colliquative, elle s'éteignit le 26 juin, sans autre phénomène qu'un court assoupissement.

Autopsie. Les ventricules cérébaux étaient distendus par une notable quantité de sérosité. En divisant, avec le scalpel, les muscles du côté droit du cou, on donne issue à une quantité considérable de pus épais, jaune-fauve, mêlé de grumeaux caillés, et assez semblable au pus des tubercules ramollis. Une incision sur les muscles du côté gauche fournit du pus de même nature et en aussi grande abondance. Le foyer purulent s'étend jusqu'aux condyles de l'occipital, descend au-devant de la deuxième vertèbre, et parvient jusqu'à la partie postérieure du pharynx. On trouve le condyle droit de l'occipital entièrement effacé, le gauche dépouillé de son cartilage et érodé; l'atlas carié et anguleux dans plusieurs points; ses articulations occipitales et axoïdiennes profondément cariées, surtout à droite; l'apophyse odontoïde détruite jusqu'à la racine. Plus de traces de membrane synoviale dans les parties malades; quelques restes de ligamens, et les muscles retiennent seuls les vertèbres en place, et ont empêché la luxation.

III^e. OBSERVATION. (Service de M. *Guersent.*)

Davane, âgé de onze ans, d'une constitution un peu lymphatique, mais nullement scrophuleuse, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de février 1829, qu'il éprouva une gêne légère dans les mouvemens du cou ; quelques mois après, il ne pouvait plus remuer la tête qu'avec la partie supérieure du tronc. Entré à l'hôpital, le 19 juin, il était depuis trois semaines tourmenté par de violens maux de tête, qu'une saignée et un vésicatoire à la nuque n'avaient pu calmer, et avait perdu depuis trois jours la faculté de remuer le bras droit. Le cou est gonflé : le malade ne peut exécuter, sans de vives souffrances, les mouvemens de rotation et d'extension de la tête en arrière ; il peut l'incliner un peu en avant. Perte du sentiment et du mouvement dans le bras droit presque complète; membres inférieurs sains ; langue légèrement déviée à gauche, parole un peu embarrassée ; facultés intellectuelles intactes. Subites et de peu de durée, les douleurs de tête ont pour siége la partie latérale gauche de la tête, sous le pariétal. (Douze sangsues sur les parties latérale et postérieure du cou.) Dans la soirée du 20 juin, le pouls eut un peu de fréquence; pas de douleurs de tête. Le 21, pouls fréquent; face couverte de sueur, joues colorées; douleurs de tête, réveillées par des secousses qu'on lui a imprimées en la remuant ; même état du cou. (Chiendent, trois ventouses derrière le cou.) Une heure après l'application des ventouses, le malade s'écrie qu'il étouffe, qu'il est suffoqué, et il expire.

Nécropsie. Muscles de la partie postérieure du cou très-enflés, pénétrés de vaisseaux remplis d'un sang noir et fluide. L'apophyse épineuse de la troisième vertèbre cervicale fait saillie en arrière, parce que l'axis est un peu porté en avant, de sorte qu'il y a une dépression entre la troisième vertèbre et la première, sans que pourtant il y ait luxation. En dénudant l'occipital, on trouve près de son articulation

gauche avec l'atlas un peu de pus épanché, infiltré dans le tissu cellulaire qui l'entoure : ce tissu cellulaire est ramolli et grisâtre. Les deux surfaces articulaires sont dépourvues de cartilage, inégales, présentant à nu le tissu spongieux de l'os, en un mot cariées. Dans l'articulation occipito-atloïdienne droite, il n'y a que la moitié de la cavité articulaire de l'atlas qui soit cariée; le sommet de l'apophyse odontoïde est rugueux. Les ligamens odontoïdiens paraissent détruits, ce dont pourtant il n'a pas été possible de s'assurer complètement par la manière dont l'autopsie a été faite; le ligament transverse de l'atlas est évidemment relâché et permet beaucoup de jeu à l'apophyse qu'il entoure. Le tissu cellulaire qui remplit leurs intervalles est plus abondant à droite qu'à gauche; il est pénétré de sang et ramolli à droite; la partie antérieure gauche du corps de l'axis est aussi dénudée et rugueuse, et le cartilage de son articulation gauche avec l'atlas soulevé par son bord. Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang noir. Le cerveau, le cervelet et les membranes n'ont présenté aucune lésion.

La moelle épinière n'a pas paru avoir été comprimée au niveau de la deuxième vertèbre : elle avait sa forme ordinaire; mais en la coupant suivant sa longueur, d'arrière en avant, elle a présenté au niveau de l'atlas, au-dessous des éminences olivaires, un épanchement sanguin, occupant un espace de cinq à six lignes de longueur, qui, réuni, aurait pu avoir le volume d'un pois. Autour de l'épanchement, la substance médullaire a paru un peu ramollie, sans que sa blancheur fût altérée. Les viscères et les gros vaisseaux sont remplis d'un sang noir très-fluide. Le ventricule gauche du cœur est hypertrophié. L'estomac et la fin de l'intestin grêle offrent, le long de quelques veines dilatées, de petits points, de petites étoiles formés par du sang épanché; là la membrane muqueuse est ramollie. La roideur cadavérique existait encore vingt-quatre heures après la mort.

Ici, sans doute, l'apoplexie aura entraîné la paralysie des nerfs diaphragmatiques et intercostaux, et le malade sera mort dans un véritable état d'asphyxie.

IV^e^. OBSERVATION. (Service de M. *Guersent.*)

A. Dérebergue, âgée de deux ans, entra à l'hôpital au mois de juin 1830. Après avoir été frappée pendant plusieurs mois d'une faiblesse extrême de tous les membres, elle avait éprouvé du gonflement au cou, et sa tête s'était inclinée sur sa poitrine. A son entrée : tumeur plate et large à la nuque; inclinaison de la tête en avant et à droite; mauvaise conformation de la poitrine; dyspnée légère, râle crépitant et un peu de matité dans le poumon droit; pas de fièvre. Elle a eu, avant son entrée, des maux de tête qui l'ont rendue très-criarde, et de la diarrhée. (On employa le sirop antiscorbutique, et on plaça deux cautères aux bras.) En juillet, le menton reposait sur la poitrine; la fièvre s'était allumée, la diarrhée avait remplacé la toux; la malade était amaigrie et abattue. Au mois d'août, la diarrhée, qui s'était de nouveau supprimée et avait été remplacée par la toux, reparut pour ne plus cesser. Un morceau de potasse caustique avait été appliqué à la nuque. Amaigrissement progressif, altération des traits, abattement profond, refus de tout aliment solide; cette pauvre enfant n'est nourrie qu'avec l'eau de riz. La tumeur du cou se fit jour au dehors par deux ouvertures fistuleuses; dans les derniers jours de sa vie, les boissons qu'elle prenait sortaient par ces ouvertures. (Par quelle voie? c'est ce que la plus minutieuse dissection ne put nous faire découvrir.) Le 16 août, hémorrhagie par une de ces ouvertures, convulsions, mort.

Nécropsie. Tout est sain dans le crâne, dans le thorax et dans l'abdomen.

Le pharynx était décollé au niveau des deuxième, troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales. Derrière lui existait un abcès dont les parois étaient tapissées par une membrane muqueuse accidentelle, d'une couleur grisâtre, et facile à déchirer. Il était divisé en deux parties par des brides assez fortes, et communi-

quait avec le trajet fistuleux situé au côté gauche du cou. Toute la partie gauche de l'axis a disparu. Les articulations gauches des troisième, quatrième et cinquième vertèbres sont également cariées ; à droite, ces vertèbres sont seulement dépourvues de leur cartilage. Le tissu de ces os est gorgé de sang et très-friable. La moelle épinière et ses membranes sont parfaitement saines.

V^e^. OBSERVATION (de M. *Martin-Solon*).

L...., âgée de quarante-huit ans, éprouve, en janvier 1830, des douleurs assez vives au synciput. En avril, ces douleurs se portent vers le cou, et rendent les mouvemens de rotation de la tête impossibles. La tête s'incline à droite. Prise pour une névralgie, pour un spasme musculaire, la maladie fut traitée par les bains, les fomentations narcotiques et les douches. En juillet, mal de gorge. Deux saignées et quarante sangsues appliquées au cou n'amènent pas de soulagement. En septembre, voix nasonnée, membrane muqueuse buccale généralement d'un rouge violet. Plus de douleur du côté du cou, mais grand mal de gorge. Au fond de la bouche, au-devant de la colonne vertébrale, on reconnaît une tumeur arrondie, de la grosseur d'un petit œuf de poule, appuyée sur la face postérieure du voile du palais, et lui faisant faire dans la bouche une saillie qui remplit au moins un tiers de cette cavité, tumeur fluctuante et sans battemens. En octobre, la déglutition devint de jour en jour plus difficile, l'articulation des mots pénible ; engourdissement dans la main droite; carie et tumeur au pariétal. La malade fit alors l'aveu qu'elle avait été affectée d'un écoulement, avec chancres syphilitiques, traités sans mercure. Les mouvemens de la tête sont si douloureux, qu'elle ne peut même pas faire de signes affirmatifs et négatifs. La tumeur gutturale, en augmentant, rend impossibles l'articulation des mots et la déglutition des solides et des liquides. Mort par asphyxie.

Autopsie. Au-devant de la colonne vertébrale, tumeur ovoïde qui,

de la moitié de la région antérieure des vertèbres cervicales se porte vers le condyle gauche de l'occipital, formée en avant par la paroi postérieure du pharynx, en arrière par la colonne vertébrale, et sur les côtés par des débris musculaires, tapissée à l'intérieur par une membrane muqueuse accidentelle, contenant trois ou quatre onces d'un pus grisâtre, séreux, mal lié, inodore, lequel baigne les parties latérales des premières vertèbres cervicales.

L'apophyse articulaire gauche et supérieure de l'axis était érodée, et le cartilage qui la recouvre détruit. La masse latérale gauche de l'atlas avait presque entièrement disparu ; il ne restait pas vestige des surfaces supérieures et inférieures. Le condyle gauche de l'occipital était également érodé, et son cartilage articulaire n'existait plus. On ne trouvait plus de traces des parties fibreuses qui consolident ces articulations. A droite, le cartilage du condyle de l'occipital et celui de la surface articulaire de l'atlas correspondante étaient détruits, mais la substance osseuse à peine érodée. Dans l'articulation de l'axis et de la masse droite de l'atlas, la synoviale était seulement d'un rouge violacé très-prononcé, les cartilages sous-jacens très-peu ramollis et les os intacts. Les parties latérales de l'apophyse odontoïde avaient éprouvé une érosion légère ; ces deux surfaces articulaires étaient un peu rouges, le ligament transverse, les artères vertébrales et les nerfs sous-occipitaux dans l'état sain. Les parties osseuses érodées n'offraient pas de ramollissement. Plusieurs caries au crâne. Les poumons étaient fortement engoués de sang noir.

VI^e^. OBSERVATION (de M. *Cloquet*).

Une femme de trente-huit ans éprouva, pendant six ou sept ans avant sa mort, une douleur dans la région postérieure du cou. On la crut affectée de rhumatisme. Il survint de la tension, puis la tête se renversa en arrière, et les mouvemens de rotation devinrent impossibles. La mort fut produite par une maladie de poitrine.

Autopsie. Toute la partie antérieure de la première vertèbre est

détruite ; la seconde est soudée à l'occipital. L'apophyse odontoïde est logée dans l'occipital, et comprime l'origine de la moelle.

Causes.

Dans ces observations, et dans celles que j'ai trouvées éparses dans les auteurs, les causes qui semblent avoir influé sur le développement de la maladie sont trop variées, trop diverses pour être admises sans réserve. Une constitution scrophuleuse se rencontre souvent chez les jeunes enfans affectés d'inflammation articulaire des premières vertèbres, et ne doit pas être regardée comme une simple coïncidence. Dans une observation de *Schlagruber* (Thèse de M. *Bérard* jeune), la maladie des vertèbres succèda à un exanthème du cuir chevelu, brusquement supprimé par des lotions d'eau froide. Ici une inflammation succède à une autre inflammation ; la métastase me paraît évidente. Chez la malade de M. *Martin-Solon*, l'aveu d'un ancien écoulement vénérien fut un peu trop tardif, peut-être un peu trop sollicité pour que, dans ce cas, on puisse regarder la carie comme syphilitique. Le détenu dont parle M. *Meyrieu* (*Id.*) était livré à un libertinage honteux et effréné. J'y vois une cause générale de maladies, mais pas de rapport direct avec celle dont je m'occupe. L'influence du froid sur sa récidive est mise hors de doute par les observations de *Schupke* et de *Raïmau* (*Id.*) ; et, d'après l'analogie des deux affections, je ne serais pas éloigné d'admettre que le rhumatisme des muscles du cou, dans le cas cité par *Raïmau*, se soit étendu à l'articulation atlo-axoïdienne. Si un coup assené sur la nuque, comme dans l'observation insérée dans les archives par M. *Velpeau*, a produit la maladie, nul doute que l'étendue, la diversité des mouvemens qui s'exécutent dans cette articulation par un mécanisme si simple et si admirable, ne l'y disposent aussi. Sa fréquence dans l'enfance dépend de la mollesse des cartilages, plus grande à cet âge qu'à une époque de la vie plus avancée.

Symptômes.

Quelle que soit la cause qui la produise, l'inflammation articulaire des premières vertèbres offre trois périodes distinctes, marquées, la première, par l'apparition des douleurs ; la seconde, par le gonflement et la tuméfaction des parties molles du cou ; la troisième, par la suppuration de la tumeur du cou et par la paralysie des membres.

Première période. A son début, elle a des symptômes peu tranchés ; sa marche est lente, son allure insidieuse : une faiblesse générale, un simple engourdissement, une douleur à la tête, sourde, obscure, quelquefois aiguë et violente, en signalent l'invasion. Cette douleur, dans le principe, se suspend et ne revient qu'à des intervalles éloignés ; bientôt ces intervalles s'effacent, elle augmente d'intensité, se concentre à l'occiput, et, fixée au côté de l'articulation enflammé, elle y devient intolérable dès qu'on y exerce une pression un peu forte. Celle surtout qu'éprouvent les deux surfaces de cette articulation quand la tête se penche et repose sur elles, exaspère les souffrances du malade, qui, pour les éviter, maintient sa tête inclinée sur le côté sain ; il favorise ainsi l'écartement des parties enflammées et empêche leur contact. De l'occiput la douleur s'étend dans différentes directions, à l'arcade sourcillière, à l'une des épaules, etc. La gêne, d'abord légère, qui existe dans le jeu des muscles du cou, suit la progression de la douleur, et s'accroît avec elle et par elle. L'inclinaison de la tête et la douleur qu'éveillent certains mouvemens varient suivant l'articulation que l'inflammation occupe. Dans les articulations occipito-atloïdiennes ou altoïdo-axoïdiennes, si le côté droit est seul malade, la tête est inclinée à gauche, les mouvemens de rotation sont difficiles, ceux de flexion sur l'épaule droite impossibles. Si le côté gauche est seul malade, la tête est inclinée à droite, la flexion à gauche impossible, les mouvemens de rotation difficiles ;

si la partie antérieure de ces articulations est seule enflammée, la tête est rejetée en arrière; si c'est la partie postérieure, elle est directement fléchie en avant. Lorsque l'inflammation envahit en même temps les deux articulations latérales, la douleur est modérée dans les mouvemens d'extension en arrière ou de flexion en avant; elle est atroce dans ceux de rotation et de flexions latérales, et le malade tient sa tête immobile dans la direction de l'axe du corps, jusqu'à ce que, fatigué de cette position, il la laisse tomber sur sa poitrine et s'incliner du côté le moins vivement enflammé : tous les mouvelui arrachent des cris, lorsque l'inflammation envahit la petite articulation atloïdo-odontoïdienne. Si elle se propage au ligament cervical antérieur, le malade ne peut imprimer à sa tête que des mouvemens de rotation et de balancement latéral peu étendus.

De l'inclinaison de la tête résulte dans les muscles une disposition qu'il est important de signaler : ceux du côté sain, sont relâchés, mous et flasques; ceux du côté malade, durs et tendus. On pourrait, au premier coup-d'œil, croire à une affection de ces muscles; mais, en ramenant avec précaution la tête à la direction verticale, on voit ceux-ci se distendre, revenir au même état que ceux du côté sain, et toute apparence de rigidité disparaître.

Souvent la déglutition est difficile et douloureuse; il est probable alors que l'affection s'est communiquée au tissu cellulaire qui unit la partie supérieure du pharynx à la colonne vertébrale, et que ce symptôme dépend de son inflammation.

Si l'inflammation est vive, sa marche rapide et les douleurs violentes, une fièvre assez forte peut accompagner cette première période.

Deuxième période. L'inflammation a fait des progrès; les mouvemens, de difficiles qu'ils étaient, sont devenus moins étendus et même impossibles, les douleurs violentes et plus aiguës pendant la nuit et dans les temps humides. Il se manifeste dans les parties molles qui environnent l'articulation malade un gonflement ou peu marqué, ou

très-considérable ; la peau y prend une teinte rougeâtre et la pression y est douloureuse. Des douleurs semblables à celles des névralgies, subites, rapides et de courte durée, parcourent différentes régions de la tête. Parfois une faiblesse extrême, signe avant-coureur de la paralysie, frappe tous les membres ; elle cesse et reparaît à diverses époques. La voix, dans quelques cas, est altérée, obscure, rauque ; la parole brève, mal articulée, et la déglutition très-pénible. On peut alors s'attendre à la formation d'un abcès au-devant de la colonne vertébrale. Des bourdonnemens d'oreille se joignent à ces symptômes. Le malade éprouve à la tête un sentiment de pesanteur qui l'incommode et qui le force à la poser sur son oreiller dans la situation la moins fâcheuse, et à l'y maintenir immobile. Un mouvement imprudemment imprimé à son corps excite une violente céphalalgie, qu'un repos absolu peut seul calmer.

Lorsqu'il veut changer de position, il prend sa tête à deux mains et la fixe sur le tronc, dont elle suit tous les mouvemens sans vaciller, et comme ne faisant qu'une pièce avec lui. Quand il est sur son séant, les coudes appuyés sur ses genoux et les mains fléchies sous le menton, il ne peut regarder les objets qui l'entourent qu'en jetant sur eux un regard oblique, ce qui lui cause par fois des éblouissemens et donne à sa physionomie une expression singulière.

Quelquefois, en imprimant des mouvemens à la tête, on a perçu un bruit analogue à la crépitation ; ce bruit venait sans doute du froissement des cartilages érodés les uns contre les autres.

A la fin de cette deuxième période, la tête est fortement inclinée du côté vers lequel elle s'était penchée dans la première, le menton appuyé directement sur la poitrine, et elle garde cette position sans en changer. *Rust* prétend que la tête inclinée du côté sain pendant la première période, perd cette position dans une période plus avancée, et s'incline du côté malade. La déperdition de substance qu'ont éprouvé les articulations malades lui paraît la cause de ce changement. Les quinze observations que j'ai sous les yeux ne justifient pas l'assertion du professeur allemand. Celle de son élève *Schupke* est en

contradiction manifeste avec elle, et celle de M. *Cloquet* ne lui est pas plus favorable. En effet, dans la seconde et la troisième période, comme dans la première, si l'on essaie de changer la position de la tête et de la porter du côté opposé à celui sur lequel elle est penchée, on rappelle le retour des douleurs. La cause qui a produit l'inclinaison subsiste toujours, l'inclinaison doit donc subsister aussi. Les faits confirment ce raisonnement de leur sanction puissante. Dans l'observation de *Schupke* : tête inclinée à gauche, lésions à droite; dans celle de M. *Meyrieu :* tête inclinée à gauche, altérations à droite; dans celle de M. *Martin-Solon :* tête inclinée à droite, lésions à gauche; dans celle de M. *Cloquet :* tête inclinée en arrière, altérations en avant; dans une observations de *Schlagruber* (Thèse de M. *Bérard* jeune) : six vertèbres cariées à droite, quatre seulement à gauche; tête inclinée à gauche, côté le moins malade. Dans la troisième observation de cette thèse : tête inclinée à droite, plus grandes altérations à gauche; dans la deuxième : tête inclinée à gauche, plus grandes altérations à droite; dans la quatrième : tête inclinée en avant, altérations des deux côtés. Dans l'observation de M. *Bérard* aîné : tête inclinée en avant et un peu à gauche; altérations des deux côtés. Ce rapprochement succinct des altérations des articulations et de la position de la tête qui y correspond, prouve mieux que tous les raisonnemens la vérité de ce que j'ai dit. Des exceptions doivent pourtant être admises : dans l'observation de M. *Raimau*, il existait à droite des altérations plus grandes que celles du côté gauche, et la tête était inclinée à droite. Mais ici la maladie a commencé par un rhumatisme des muscles du cou du côté droit; ces muscles étaient contracturés, et cet état a dû influer sur la position de la tête, surtout si l'on suppose que la maladie, dans le principe, était à un degré égal des deux côtés, et qu'elle n'a marché plus rapidement à droite que dans les derniers temps.

Troisième période. Une fièvre lente, quelquefois avec paroxysmes le soir et le matin, précède et accompagne cette période de la maladie; la tuméfaction des parties molles est plus considérable; les mus-

cles sont très-enflés, la peau qui les recouvre présente de la rougeur. Des synoviales, l'inflammation s'est étendue aux cartilages et aux os, et elle y a déterminé une suppuration abondante : le pus, d'abord ramassé autour de l'articulation malade, fuse dans le tissu cellulaire intermusculaire, et forme des tumeurs dans diverses parties; à la nuque et sur les parties latérales du cou, la tumeur est large, plate, et, lorsqu'on la palpe avec soin, on y découvre de la fluctuation; plus tard, la peau qui la recouvre devient violette, s'ulcère, et des ouvertures fistuleuses laissent échapper le pus qu'elle contient : ce pus varie beaucoup dans sa nature et sa quantité.

Si l'abcès est placé au-devant des vertèbres, il donne lieu à des phénomènes particuliers : la partie supérieure de la paroi postérieure du pharynx, soulevée et détachée par le pus, forme une tumeur globuleuse, s'appuie sur le voile du palais, le pousse en avant et occupe jusqu'à un tiers de la cavité buccale; elle peut même acquérir assez de développement pour intercepter le passage de l'air dans le larynx et produire l'asphyxie. Dans l'observation de M. *Bérard*, la mâchoire inférieure, portée en avant, dépassait de quelques lignes la supérieure; la langue dépassait les arcades dentaires, et s'était desséchée et excoriée; la voix avait un timbre particulier; elle était nasillarde, comme dans les polypes du nez. Le doigt sentait au fond de la bouche une tumeur molle, fluctuante et sans battemens; ordinairement le pus perce le pharynx, et le malade le vomit par flots. Toutes ces tumeurs s'ouvrent, se vident et se referment plusieurs fois.

Arrivé à ce degré de l'affection, le malade éprouve de nouveaux symptômes dans les organes du sentiment et du mouvement; ses membres thoraciques et abdominaux sont pris ou de faiblesse, ou d'engourdissemens, ou de convulsions intermittentes : à ces altérations passagères succèdent des douleurs rapides, déchirantes, qui parcourent tout le corps; les bras perdent, en passant par des gradations lentes et presque insensibles, la faculté de se mouvoir; ils conservent encore dans cet état une sensibilité obscure; elle diminue

peu à peu, et ne tarde pas à s'effacer entièrement : les jambes arrivent de la même manière à une paralysie presque aussi complète, mais c'est à une époque plus rapprochée du terme de la maladie ; la paralysie peut aussi frapper la vessie et le rectum.

Terminaisons.

Jeté dans un amaigrissement rapide et dans le dernier degré d'épuisement par des sueurs abondantes et un diarrhée colliquative, le malade peut succomber à la fièvre hectique, mais la mort arrive souvent plus tôt ; et, soit que, dans un mouvement imprimé à la tête, privés par la suppuration de leurs moyens d'union, l'occipital se luxe complètement sur l'atlas ou l'atlas sur l'axis, soit que le pus pénètre dans le canal osseux qui protége la moelle épinière, et le remplisse outre mesure, soit que celle-ci fasse hernie et soit comprimée fortement à travers une ouverture faite aux vertèbres, soit que l'apophyse odontoïde, détachée de sa base cariée, ou échappée de son ligament relâché, et ramolli, perce les membranes de la moelle, pénètre dans sa substance et y détermine une apoplexie, dans tous ces cas, le malade meurt instantanément, suffoqué, asphyxié, par suite de la paralysie qui frappe les nerfs diaphragmatiques et intercostaux. Nous avons vu que l'asphyxie peut résulter de l'occlusion du larynx par la tumeur de l'arrière-gorge.

Si la luxation est incomplète, la moelle s'accoutume à une compression modérée, les accidens se calment, et on peut même les rappeler et les dissiper en donnant à la tête telle ou telle position. La situation immobile et toujours la même que le malade est forcé de conserver dans son lit pendant la dernière période, donne lieu quelquefois à une maladie de poitrine mortelle.

Dans des cas plus heureux, mais bien rares, les premiers symptômes que nous avons décrits disparaissent, soit qu'un traitement prompt et énergique ait enlevé le principe du mal, soit que la nature

ait fait tous les frais de la guérison, à l'insu du malade et du médecin, qui n'a pas connu la maladie; les surfaces articulaires peuvent avoir repris leur état naturel, ou une ankylose s'être établie. Les ouvrages de *Sandifort*, de *Duverney*, de *Bertin*, et les collections de la Faculté contiennent de nombreux exemples de cette terminaison : la tête conserve alors l'inclinaison qu'elle avait, ce qui a fait donner à la maladie le nom de *caput obstipum*.

Anatomie pathologique.

Ces ankyloses furent les premières altérations que les anatomistes rencontrèrent sur le cadavre des individus affectés de *caput obstipum;* ils ne possédaient aucun renseignement sur la maladie qui les avait précédées. Plus tard, l'autopsie montra l'os corrodé, usé par la carie; les condyles de l'occipital morcelés, effacés, remplacés même par une excavation ; les masses latérales de l'atlas, les apophyses articulaires de l'axis, l'odontoïde, à moitié rongées, quelquefois disparues, entraînées par la suppuration. Il est des cas où l'os est seulement dépouillé de son périoste et à nu dans une partie de l'articulation, et dans l'autre recouvert encore de son cartilage ; mais celui-ci, gonflé, ramolli ; tuméfié, présente une rougeur pointillée, légère ou violacée; dans quelques points il est creusé, et a éprouvé une perte de substance. Enfin, et cette altération éclaire sur le commencement de la maladie, l'os et le cartilage sont sains ; la membrane synoviale les recouvre; seule elle est malade, seule elle présente des signes d'inflammation, privée qu'elle est de sa transparence, épaissie, rouge, quelquefois violette.

L'observation de M. *Martin-Solon* offre à elle seule toutes les lésions, tous les degrés de la maladie. Là où l'inflammation a sévi avec violence, plus de synoviale, plus de cartilage, plus de parties osseuses même, du pus existe à leur place. Ailleurs l'os est sans cartilage; ailleurs, le cartilage sans synoviale. Si celle-ci est la première à dis-

paraître, c'est qu'elle est la première malade ; si l'os n'est jamais altéré sans que son cartilage ait disparu, c'est que l'altération du cartilage précède la sienne. L'articulation passe par trois états morbides, la synovite, la chondrite, l'ostéite, avant d'arriver à une carie complète.

Les ligamens sont quelquefois ramollis et très-relâchés ; quelquefois on n'en trouve que des débris.

La quatrième observation que j'ai citée fournit un bel exemple d'apoplexie de la moelle épinière. Pour les lésions qu'elle produit et pour celle que produit la compression de la moelle, je renvoie à l'ouvrage de M. *Ollivier*, d'Angers.

Diagnostic.

Plusieurs maladies ont quelques traits de ressemblance avec celle que je viens de décrire ; il me suffira de les énumérer, et d'indiquer les signes qui les différencient. 1°. Dans le rhumatisme des muscles d'un des côtés du cou, du droit, par exemple, c'est de ce côté que la tête est penchée et la pression douloureuse. Dans la maladie des vertèbres, la douleur existe d'un côté, la tête est inclinée de l'autre. Ces muscles, en outre, sont le siége d'une rigidité qui n'existe pas dans cette dernière. 2°. La contracture convulsive d'un des muscles sterno-mastoïdiens ou du peaucier ne pourrait induire en erreur qu'un observateur peu attentif. L'aspect de la maladie est tout différent : on ne peut porter la tête du côté opposé, et vaincre la résistance que les muscles opposent qu'en exerçant une traction assez forte. Rien de semblable dans l'inflammation vertébrale. 3°. Lorsqu'il existe une paralysie d'un de ces muscles, celui du côté sain entraîne la tête à lui ; mais on peut la fléchir dans tous les sens, sans exciter la moindre souffrance. 4°. Un abcès froid, un phlegmon aigu, un polype du pharynx peuvent simuler un des symptômes de la maladie, mais non la maladie tout entière. 5°. Dans le mal de *Pott*, l'altération

commence par la substance osseuse, et affecte de préférence le corps des vertèbres lombaires et dorsales. Si elle se développait aux premières vertèbres cervicales, le diagnostic serait difficile. Mais la gravité des deux affections réclame le même traitement ; l'erreur est sans danger. 6°. Dans quelques arachnoïdites spinales, les muscles d'un des côtés du cou sont le siége de vives douleurs et d'une contraction qui entraîne la tête de leur côté. Ici la douleur existe du côté même de l'inclinaison de la tête, qui peut être ramenée sans douleur du côté opposé ; de plus, les autres symptômes propres à chacune de ses affections serviront à les distinguer.

Traitement.

Le succès dépend de la promptitude des secours. Pour triompher du mal, il faut l'attaquer dès sa naissance. Au début, la saignée générale, des sangsues et des ventouses scarifiées, appliquées à la base du crâne et au cou, devront être opposées au progrès de l'inflammation, et, sans retard, il faudra placer aux environs de l'articulation malade un morceau de potasse caustique et des moxas, et entretenir, non pas pendant un mois ou deux mois, mais pendant des années entières, une suppuration abondante. Sans cette persévérance, leur action, toute énergique qu'elle est, ne ferait qu'enrayer la maladie. L'expérience de M. *Guersent* lui en a fourni une preuve éclatante et douloureuse. L'enfant d'un de ses confrères atteint de cette affection, est rappelé à la vie et à la santé par un traitement prompt et heureux. Un exutoire est entretenu au cou pendant plusieurs mois. L'impatience indocile de l'enfant, la condescendance de ses parens, trop faibles pour résister à ses prières, le font supprimer contre l'avis de M. *Guersent*. L'enfant retombe malade, et tous les secours de l'art n'ont pu l'arracher à la mort.

Dans la première période, aucun moyen n'a paru au professeur *Rust* plus efficace que les frictions mercurielles. Après avoir calmé les

douleurs par les sangsues et les fomentations émollientes, il frotte la nuque avec l'onguent napolitain, jusqu'à ce que le mal disparaisse ou qu'une légère salivation l'oblige à discontinuer. C'est une médication qui me paraît bien excitante pour que je conseille de l'employer contre une maladie purement inflammatoire. Je n'oserais pas surtout l'adopter dans la deuxième période, et malheureusement la tuméfaction du cou existe presque toujours lorsque le malade s'adresse au médecin. Alors les surfaces articulaires sont déjà baignées par le pus, la carie existe. Notre rôle doit se borner à arrêter les progrès du mal, et à obtenir, s'il est possible, une ankylose; c'est encore aux moxas et à l'application du caustique qu'il faut avoir recours.

Rust recommande d'ouvrir largement l'abcès qui existe au cou, et de donner promptement issue au pus, après avoir fortement irrité la peau et les parties sousjacentes, au moyen de la cautérisation, soit objective, soit inhérente, afin de ranimer leur vitalité, et de les mettre dans les conditions les plus favorables à l'adhésion. Il veut par là imiter la nature, qui n'ouvre jamais un abcès que lorsque les tégumens se trouvent dans un état d'inflammation propre à favoriser la prompte oblitération du foyer purulent.

Si la tumeur qui existe quelquefois au pharynx menaçait d'étouffer le malade, je n'hésiterais pas à y plonger un long trois-quart recourbé. L'exemple de la malade de M. *Martin-Solon* m'en ferait un devoir.

Lorsqu une complication scrophuleuse existe, ou que l'on soupçonne à la carie une cause syphilitique, je crois qu'il y aurait de l'imprudence à prescrire un traitement spécial, soit anti-scrophuleux, soit antisyphilitique : l'excitation générale qu'il produirait serait trop forte ; loin d'arrêter le mal, il en hâterait peut-être les progrès.

Revenu à la santé, le malade devra éviter avec soin le froid et l'humidité; il devra s'envelopper le cou d'une pièce de flanelle. Dans le cas où une ankylose se serait formée, et où la moelle serait comprimée, M. *Bérard* jeune conseille d'exciter, à l'exemple de M. *Roux*, le

retour de l'innervation dans la partie comprimée, en employant l'électro-poncture, et à l'intérieur l'extrait de noix vomique.

Le plus souvent, je le répète, malgré l'emploi de tous les remèdes, le malade succombe. Il nous est donné de découvrir des maladies nouvelles ; mais nos moyens de traitement restent toujours les mêmes, peu nombreux, rarement héroïques, souvent douteux, toujours impuissans si la nature ne les seconde : il faut un siècle à la thérapeutique pour qu'elle fasse un pas.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Quibus ex morbis resurgentibus aliquid dolet, ibi abscessus fiunt. *Sect.* 4, *aph.* 32.

II.

Solvere apoplexiam vehementem impossibile, debilem verò non facile. *Sect.* 2, *aph.* 42.

III.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 17.

IV.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

V.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Sect.* 6, *aph.* 6.